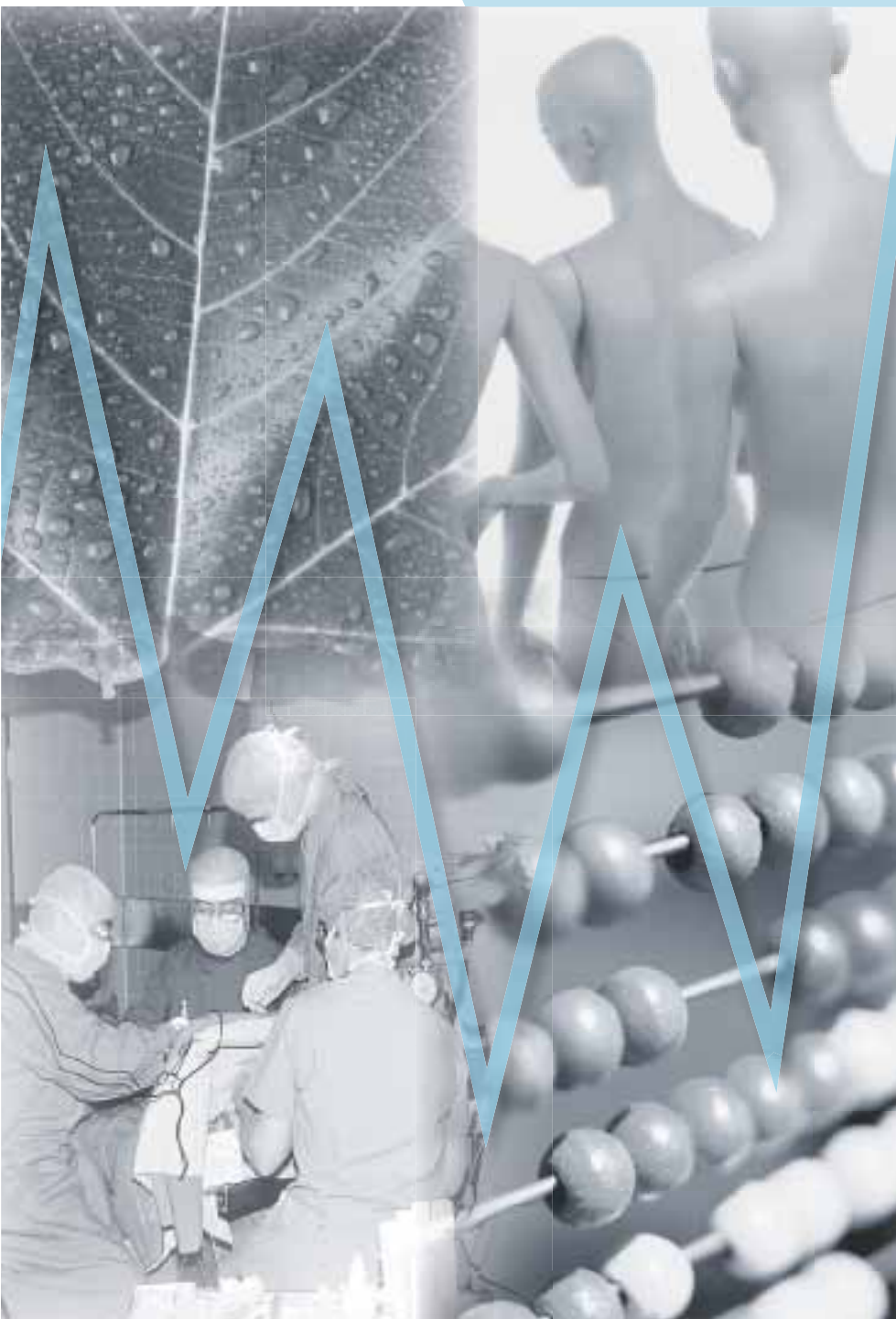


# StatSanté'

Resultate zu den Gesundheitsstatistiken in der Schweiz

2 | 2002



**Finanzströme im  
schweizerischen  
Gesundheitswesen**



Office fédéral de la statistique  
Bundesamt für Statistik  
Ufficio federale di statistica  
Uffizi federal da statistica

OFS BFS UST

Die vom Bundesamt für Statistik (BFS)  
herausgegebene Reihe «Statistik der Schweiz»  
gliedert sich in folgende Fachbereiche:

- 0 Bereichsübergreifende Themen
- 1 Bevölkerung
- 2 Raum und Umwelt
- 3 Erwerbsleben
- 4 Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen
- 5 Preise
- 6 Produktion, Handel und Verbrauch
- 7 Land- und Forstwirtschaft
- 8 Energie
- 9 Bau- und Wohnungswesen
- 10 Tourismus
- 11 Verkehr und Nachrichtenwesen
- 12 Geldpolitik, Finanzmärkte und Banken
- 13 Soziale Sicherheit und Versicherungen
- 14 **Gesundheit**
- 15 Bildung und Wissenschaft
- 16 Kultur und Lebensbedingungen
- 17 Politik
- 18 Öffentliche Finanzen
- 19 Rechtspflege
- 20 Gesellschaft in Bewegung (Querschnittsthemen)

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungen</b>	<b>2</b>
<b>Zusammenfassung</b>	<b>2</b>
<b>1 Der Kontext</b>	<b>3</b>
<b>2 Finanzströme im Gesundheitswesen</b>	<b>4</b>
<b>3 Die verschiedenen Beteiligten im Gesundheitswesen</b>	<b>6</b>
<b>4 Entwicklung der Finanzströme im Gesundheitswesen: Zeitraum 1996–1999</b>	<b>8</b>
<b>5 Beziehung zwischen Krankenversicherungs- prämien und «Kosten des Gesundheitswesens»</b>	<b>11</b>
<b>6 Schlussfolgerung</b>	<b>14</b>
<b>7 Datenquellen</b>	<b>15</b>
<b>Tabellen T und Schemata S</b>	<b>16</b>

# Abkürzungen

G	Grafik im Text
S	Schema im Anhang
T	Tabelle im Anhang
IV	Invalidenversicherung
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BPV	Bundesamt für Privatversicherungen
BFS	Bundesamt für Statistik
Kt.	Kantone
Gem.	Gemeinden
Vers.	Versicherungen
Inst.	Institutionen
Finanz.	Finanzierung

# Zusammenfassung

Dieses Dokument stellt eine neue Modellberechnung der Finanzströme zwischen den verschiedenen Beteiligten des Gesundheitswesens in der Schweiz vor. Da die öffentliche Debatte zu den Kosten im Gesundheitswesen sich oft auf die Krankenversicherungsprämien der Haushalte konzentriert, sollen neue Elemente der Analyse dazu Klärungen bringen.

Diese auf die Ausgaben der Haushalte ausgerichtete Modellberechnung lässt sich mit dem Modell «Kosten des Gesundheitswesens» des Bundesamtes für Statistik (BFS) verbinden – das nach Direktzahler, Leistungserbringer und Leistungen aufschlüsselt –, integriert aber neue Elemente wie die Krankenversicherungsprämien der Haushalte und die Systeme der sozialen Sicherheit.

Die Haushalte haben im Zeitraum 1996–1999 ungefähr zwei Drittel der gesamten «Kosten des Gesundheitswesens» bezahlt, und zwar mittels Prämien, Kostenbeteiligungen und direkten «Out of pocket»-Zahlungen. 1999 belief sich der Betrag auf 28 Milliarden Franken.

Die Entwicklung der Finanzströme im Gesundheitswesen im Zeitraum 1996–1999 zeigt im Jahresdurchschnitt eine Erhöhung des Volumens der Krankenversicherungsprämien um 3,6%, während die Staatsbeiträge im gleichen Zeitraum im jährlich nur um 1,7% gewachsen sind. Die «Kosten des Gesundheitswesens» haben im Durchschnitt jedes Jahr um 3,1% zugenommen und 1999 41,5 Milliarden Franken erreicht.

Die Medien verwechseln oft Gesundheitskosten und Krankenversicherungsprämien. Obwohl die beiden Dinge stark zusammenhängen, muss betont werden, dass die Prämien für die Krankenversicherungen im Zeitraum 1996–1999 nur 40% der «Kosten des Gesundheitswesens» ausmachten und für die Erhöhung der «Kosten des Gesundheitswesens» auch andere Elemente eine Rolle spielten.

Verschiedene Tabellen im Anhang zeigen den interessierten Leserinnen und Lesern die Zahlen der Finanzströme im Gesundheitswesens und des Finanzierungssaldos. Ebenso findet sich ein Erklärungsschema und eine Detailaufschlüsselung der Staatsbeiträge und der «Kosten des Gesundheitswesens» für den Zeitraum 1996–1999.

# 1 Der Kontext

Das Thema der **Gesundheitskosten** wird von den Medien häufig aufgegriffen. Das erstaunt nicht, ist doch das Portemonnaie von uns allen davon betroffen. Doch was ist genau darunter zu verstehen? Um die Entwicklung chronologisch zu verfolgen und internationale Vergleiche zu ermöglichen, hat das BFS in der Publikation «Kosten des Gesundheitswesens» eine Modellberechnung erstellt.

Auf die Ausgaben der Haushalte ausgerichtete Modellierung der Finanzströme im Gesundheitswesen

In diesem Schema werden die Gesundheitsausgaben nach Leistungen, Leistungserbringern und Direktzahlern aufgeschlüsselt, ohne dass auf die Finanzierung durch

*Auf die Ausgaben der Haushalte ausgerichtete Modellierung der Finanzströme im Gesundheitswesen*

die Haushalte mittels der Krankenversicherungsprämien eingegangen wird. Alle Diskussionen zu den Gesundheitskosten konzentrieren sich aber auf die

von den Haushalten direkt bezahlten Krankenversicherungsprämien. Eine auf die Ausgaben der Haushalte ausgerichtete Übersicht über die Finanzströme zwischen den verschiedenen Beteiligten scheint deshalb für ein besseres Verständnis dieses Bereichs sinnvoll.

Dieses Dokument präsentiert also eine **neue Modellberechnung der Finanzströme** zwischen den verschiedenen Beteiligten des Gesundheitswesens in der Schweiz. Darin wird der Zusammenhang zwischen den **von den Haushalten einbezahlten Prämien** gemäss den Publikationen des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) und des Bundesamtes für Privatversicherungen (BPV) sowie den Leistungen der Versicherer im Gesundheitswesen aufgezeigt. Auch die anderen Systeme der sozialen Sicherheit wie die Prämienverbilligung der Krankenversicherung, die Ergänzungsleistungen zur Alters- und Hinterlassenenversicherung (AVH), die Sozialhilfe und die Hilflosenentschädigung AHV und Invalidenversicherung (IV) werden mit einbezogen.

Die Modellberechnung beginnt 1996 mit Inkrafttreten des KVG, des neuen Gesetzes über die Krankenversicherung, welches das Versicherungsobligatorium, eine Leistungserweiterung und ein neues Subventionssystem mit sich brachte. Da die Bundesbeiträge neu nicht mehr den Versicherern für eine allgemeine Prämienverbilligung, sondern individuell den Versicherten aufgrund

ihrer wirtschaftlichen Situation zukommen, funktioniert das Modell für die früheren Jahre nicht.

Die nachfolgende grafische Darstellung **G1** gibt einen Überblick über die verschiedenen Beteiligten im Gesundheitswesen und die Grösse der vorhandenen Finanzströme. Aufgrund der gewählten Darstellung soll klar werden, was für eine Rolle die verschiedenen Beteiligten im Gesundheitswesen spielen. Die einzelnen Faktoren der Direktzahler, der Leistungserbringer und der Leistungen in den Ausgaben im Gesundheitswesen werden auf vereinfachte Art aufgeschlüsselt.

Wir interessieren uns in der Folge für die Entwicklung der Finanzströme im Zeitraum 1996–1999; dabei sollen die wichtigsten Tendenzen auf der Ebene der verschiedenen Beteiligten deutlich werden.

Schliesslich stellen wir die Entwicklung der «Kosten des Gesundheitswesens» neben diejenige der Krankenversicherungsprämien. Dabei zeigt sich, dass die von den Haushalten bezahlten Krankenversicherungsprämien nur einen Teil der Finanzierung der «Kosten des Gesundheitswesens» ausmachen. Trotzdem hängt die Entwicklung der beiden Elemente über die Jahre hinweg eng zusammen.

## 2 Finanzströme im Gesundheitswesen

Das **Gesundheitswesen** umfasst alle wirtschaftlichen Tätigkeiten, welche der Wiedererlangung, Verbesserung oder Erhaltung der Gesundheit dienen. Es geht also hauptsächlich um die Behandlung der Kranken und um den Schutz der Personen vor einer Krankheit oder einem Unfall. Das Gesundheitswesen umfasst alle medizinischen und paramedizinischen Güter und Dienste, Behandlungen und Kostenübernahmen für Personen, die an einer Krankheit oder einer Behinderung leiden oder für Opfer von Unfällen, sowie alle Ausgaben für Prävention und Diagnosen durch zu diesem Zweck ausgebildetes Personal und/oder durch spezialisierte Institutionen.

**«Kosten des Gesundheitswesens»:** Kosten aller Tätigkeiten zur Wiedererlangung, Verbesserung und

*«Kosten des Gesundheitswesens»:* Kosten aller Tätigkeiten zur Wiedererlangung, Verbesserung und Bewahrung der Gesundheit

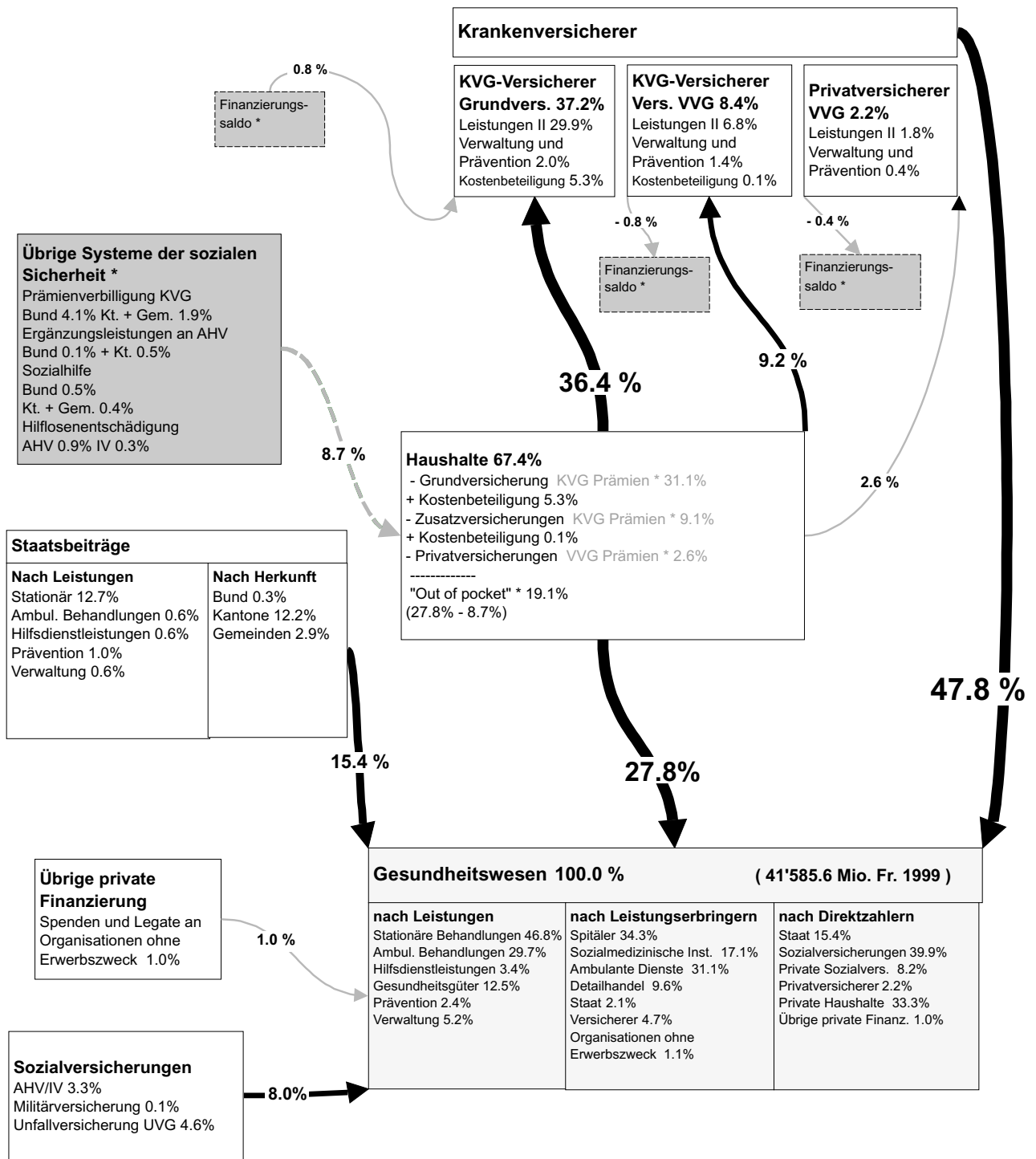
Bewahrung der Gesundheit. Die «Kosten des Gesundheitswesens» umfassen alle Ausgaben der Institutionen und Personen, die medizinische oder paramedizinische Tätigkeiten ausüben, den

Verkauf von Medikamenten und medizinischen Apparaten und die Kosten für den Betrieb des Gesundheitswesens sowie die Prävention. Nicht eingeschlossen sind hingegen die Ausbildungskosten der Gesundheitsberufe, die medizinischen Forschungsarbeiten und die Barleistungen der Versicherer, die nicht direkt der Heilung oder der Gesundheitserhaltung dienen, wie zum Beispiel die Taggelder für Verdienstausschlag.

Dank dieser Struktur können **Geld- oder Finanzströme** zwischen der **Produktionsseite** (Spitäler, Ärzte, Apotheker, usw.), den **Finanzierungsträgern** (Direktzahler wie die Sozialversicherungen, der Staat, die Haushalte, usw.) und den **Gesundheitsausgaben** (Beiträge, welche die Endkonsumierenden für den Erwerb von Gesundheitsgütern und -diensten ausgeben) aufgezeigt werden.

Die Grafik **G1** zeigt alle Finanzströme, die zwischen den verschiedenen Beteiligten in der Modellberechnung der ausgewerteten Daten zirkulieren, **in % des Totals der «Kosten des Gesundheitswesens»**. 1999 haben die Ströme 41,6 Milliarden Franken erreicht. Es wurden gewisse Präzisierungen und Ergänzungen zum Modell der «Kosten des Gesundheitswesens» des BFS angebracht, um die Haushalte, die Krankenversicherer und die anderen Systeme der sozialen Sicherheit, die uns hier besonders interessieren, spezifisch betrachten zu können.

Finanzströme im schweizerischen Gesundheitswesen – 1999 in % des Totals der «Kosten des Gesundheitswesens» G1



**\* Bemerkungen:**

- **Übrige Systeme der sozialen Sicherheit:** Gelten im Modell "Kosten des Gesundheitswesens" des BFS nicht als Direktzahler.
- **"Out of pocket":** Direktzahlung der Haushalte an das Gesundheitswesen. Anderer Wert als im Modell "Kosten des Gesundheitswesens" des BFS wegen den übrigen Regimes der sozialen Sicherheit.
- **Prämien:** Der "Aufwand der Krankenversicherung" im Modell "Kosten des Gesundheitswesens" des BFS entspricht nicht den Prämienzahlungen der Haushalte, wie sie in den Rechnungen des BSV und des BPV erscheinen.
- **Finanzierungssaldo:** Differenz zwischen Leistungen der Versicherer und Prämienzahlungen der Haushalte.
- **Taggeldversicherungen:** Prämien und Leistungen weder im Modell "Kosten des Gesundheitswesens" des BFS noch in den Finanzströmen der Haushalte in diesem Schema erfasst, weil sie einen Erwerbsausfall decken und keine Behandlung bezahlen.

Elemente, die im Modell "Kosten des Gesundheitswesens" des BFS nicht erscheinen

### 3 Die verschiedenen Beteiligten im Gesundheitswesen

Gehen wir die verschiedenen Beteiligten durch, die in der Grafik **G1** dargestellt sind.

**Die Haushalte** sind an der Finanzierung des Gesundheitssystems hauptsächlich als Prämienzahler der Krankenversicherung beteiligt (Grund- und Zusatzversicherung), sowie durch Beteiligungen (Franchisen und Selbstbehalte) an den Krankenversicherungskosten und durch die direkten Zahlungen («Out of pocket»)

*Übersicht über die verschiedenen Erzeuger der Finanzströme im Gesundheitswesen*

der von den Sozialversicherungen oder dem Staat nicht gedeckten Leistungen (Zahnpflege, Pensionskosten in sozialmedizinischen Institutionen, Spitex, usw.).

**Die Sozialversicherungen** – Unfallversicherung, AHV/IV und Militärversicherung – werden als volle Finanzierungsträger betrachtet, auch wenn der Staat auch für ihre Finanzierung mehrheitlich aufkommt (20% für die AHV, 50% für die IV, 100% für die Militärversicherung).

Unter «**übrige private Finanzierung**» fallen die Eigenfinanzierung (Spenden und Legate) der Organisationen ohne Erwerbscharakter, die als Leistungserbringer gelten. Das sind vor allem Pflegeheime, Einrichtungen für Behinderte und Spitexorganisationen.

Die Beiträge der öffentlichen Hand können nach ihrer Herkunft (Bund, Kantone, Gemeinden) und nach den Empfängern (stationäre Behandlung, ambulante Behandlung, Hilfsdienstleistungen, Prävention und Verwaltung) aufgeschlüsselt werden. Der Staat greift in verschiedener Hinsicht als Finanzierungsträger ein: In erster Linie durch die Subventionen an Krankenhäuser, sozialmedizinische Einrichtungen und Institutionen für die Heimpflege, und in zweiter Linie durch seine Präventions- und Verwaltungsdienste.

Gemäss dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) werden seit 1996 die Bundesbeiträge an die Haushalte und nicht mehr an die Krankenversicherer ausgerichtet, und zwar mit einer **Verbilligung der Krankenversicherungsprämien** je nach Finanzlage der Haushalte. Die Kantone sind verpflichtet, ein solches System anzuwen-

den. Sie sind jedoch sehr frei in der administrativen Organisation und in der Wahl der verschiedenen Komponenten der sozialen Solidarität, die sie erreichen wollen. So hat jeder Kanton sein eigenes System erstellt. Andere Systeme der sozialen Sicherheit (Ergänzungsleistungen zur AHV/IV und Sozialhilfe) berücksichtigen die Krankenkassenprämien. Sie haben ihre Bedingungen für die Leistungserbringung an die neue Situation angepasst.

Die Krankenversicherungsprämien gehören seit 1997 zur Kategorie der für die Berechnung der **Ergänzungsleistungen** anerkannten Ausgaben. Sie werden seither im Rahmen des neuen Prämienverbilligungssystems zurückerstattet. Die Erweiterung des Katalogs der von der Krankenversicherung übernommenen Leistungen (Behandlung in den sozialmedizinischen Einrichtungen, Spitex, Hilfsmittel, Zahnbehandlungen, unbeschränkte Dauer der Leistungen bei stationärer Behandlung, Abbau der Reserven) erzeugt einen entsprechenden Rückgang bei den Zusatzleistungen.

Analog zum System der Zusatzleistungen der AHV und der IV kann die **Sozialhilfe** bei den Personen ohne AHV- oder IV-Rente bei der Übernahme der Krankenversicherungsprämien und der von den Sozialversicherungen ausgeschlossenen Gesundheitskosten greifen. Die sozialen Eingriffe der Kantone und der Gemeinden sind sehr unterschiedlich. Im Extremfall könnte jede Gemeinde ihr eigenes System in diesem Bereich haben, da dieser im Allgemeinen in Gemeindekompetenz liegt. Leider gibt es fast keine geeigneten statistischen Daten, um die Wirkung des KVG in diesem Bereich zu prüfen. Hingegen werden die Statistiken der öffentlichen Finanzen genau geprüft, um zeitliche Brüche zu entdecken, die mit solchen bei den Ergänzungsleistungen übereinstimmen. Die Kantone wurden direkt angegangen, um zu einer allerdings noch groben Schätzung der Auswirkungen des KVG auf die Sozialhilfe zu gelangen. Der Bund seinerseits vergütet den Kantonen die medizinischen Kosten der Asylbewerberinnen und -bewerber.

Die **Hilflosenentschädigungen** von AVH und IV gelten ebenfalls als Finanzierung. Obwohl es sich um Barleistungen für die Versicherten handelt, werden sie



spezifisch für die Bezahlung von Leistungen (Heime und Spitexdienste) bewilligt, die wegen dem Verlust der Selbständigkeit für die normalen Alltagshandlungen wie essen, sich ankleiden usw. benötigt werden.

Die Aufschlüsselung der Ausgaben des **Gesundheitswesens** erfolgt auf drei Arten, um die folgenden grundlegenden Fragen zu beantworten:

#### **Aufschlüsselung:**

• Woher kommt das Geld?	<b>Direktzahler</b>
• Wohin geht das Geld?	<b>Leistungserbringer</b>
• Welche Dienste wurden erbracht und welche Güter konsumiert?	<b>Leistungen</b>

Die einzelnen Faktoren der Direktzahler, der Leistungserbringer und der Leistungen werden in der Grafik **G1** vereinfacht und im Schema S 3\* detailliert dargestellt.

**Die Versicherer nach KVG** sind die vom Bund für die Übernahme der sozialen Krankenversicherung oder **obligatorischen Grundversicherung** (KVG) anerkannten Organismen. Diese Versicherer nach KVG werden häufig noch «Krankenkassen» genannt, gemäss der unter dem alten Recht angewandten Terminologie. Sie stellen finanzielle Reserven nach dem Umlagerungsverfahren auf, im Gegensatz zum Kapitaldeckungsverfahren, das im Allgemeinen von den Privatversicherern angewandt wird.

Diese Versicherer nach KVG können auch **Zusatzversicherungen** anbieten, die dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) unterstellt sind. Normalerweise bieten sie auch freiwillige Taggeldversicherungen für Verdienstaussfall an.

**Die Privatversicherer** (Versicherungsgesellschaften) bieten **Zusatzversicherungen** an, die ebenfalls dem VVG unterstellt sind. Ein grosser Teil der angebotenen Deckungen betrifft die Taggeldversicherungen für Verdienstaussfall (1999 mehr als 50% der Leistungen).

Die Taggeldversicherungen nach KVG oder VVG, die der Deckung von Verdienstaussfällen und nicht der Bezahlung von Pflegeleistungen dienen, gelten in den «Kosten des Gesundheitswesens» des BFS nicht als Finanzströme.

**Der Finanzierungssaldo** entspricht der Differenz zwischen den Leistungen der Versicherer und den von den Haushalten den Versicherern einbezahlten Prämien.

Eine detaillierte synoptische Darstellung findet sich im Schema S 1\*. Das Schema S 2\* bietet dazu ein Zahlenbeispiel für 1999.

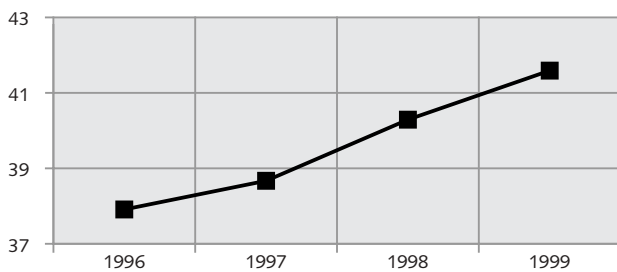
\* Schemata und detaillierte Zahlen sind von unserer Internetseite herunterladbar. Adresse siehe Bemerkungen S. 16.

## 4 Entwicklung der Finanzströme im Gesundheitswesen für den Zeitraum 1996–1999

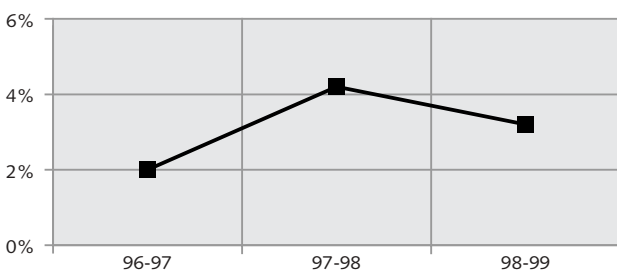
Die Grafik **G1** hat die verschiedenen Beteiligten des Gesundheitswesens aufgezeigt, und im vorhergehenden Abschnitt haben wir versucht, diese näher zu erläutern. Hier präsentieren wir nun die wichtigsten Merkmale der Entwicklung der Finanzströme für den Zeitraum 1996–1999.

**Die «Kosten des Gesundheitswesens»\*** haben von 37,9 Milliarden Fr. 1996 auf 41,5 Milliarden Fr. 1999 zugenommen (vgl. Grafik **G2**), was einer durchschnittlichen jährlichen Zunahme von 3,1% in diesem Zeitraum entspricht. Je nach Jahr sind unterschiedliche Fluktuationen feststellbar (+4,2% zwischen 1997 und 1998, +2% zwischen 1996 und 1997, vgl. Grafik **G3**).

**Entwicklung der «Kosten des Gesundheitswesens» in Milliarden Fr. G2**



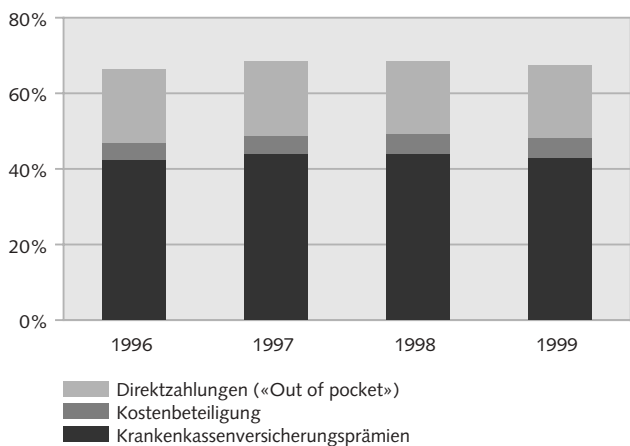
**Jährliche Veränderungen der «Kosten des Gesundheitswesens» in % G3**



\* Detaillierte Zahlen in den Tabellen T 3 a und c sind von unserer Internetseite herunterladbar. Adresse siehe Bemerkungen S. 16.

**Die Haushalte\*\*** haben ungefähr zwei Drittel aller «Kosten des Gesundheitswesens» im Zeitraum 1996–1999 direkt finanziert. Dies vor allem als Prämienzahler der Krankenversicherung (in der Höhe von ungefähr 40%), daneben auch durch Beteiligungen an den Kosten der Krankenversicherung (Franchisen und Selbstbehalte für ungefähr 5%) und durch direkte Zahlungen (so genannte «Out of pocket») der von den Versicherungen oder dem Staat nicht gedeckten Leistungen (Zahnpflege, Pensionskosten in den sozialmedizinischen Institutionen, Spitex, usw. für ungefähr 20%). Vgl. Grafik **G4**.

**Anteil der Haushalte in % an der Finanzierung des Gesundheitswesens G4**



Zudem ist für diesen Zeitraum eine durchschnittliche jährliche Zunahme von 3,6% des Prämienvolumens der Krankenversicherung, von 8,3% für den Gesamtbetrag der Kostenbeteiligungen und von 2,6% für die «Out of pocket»-Beträge zu beobachten. Man darf aber nicht die Erhöhung des Prämienvolumens der Krankenversicherung mit der durchschnittlichen Prämienenerhöhung pro Versicherten verwechseln, da diese von verschiedenen

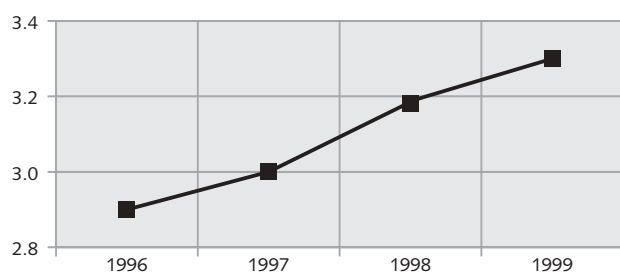
\*\* Detaillierte Zahlen in den Tabellen T 1 b und c Schemata und detaillierte Zahlen sind von unserer Internetseite herunterladbar. Adresse siehe Bemerkungen S. 16.

Parametern wie der Region, dem Alter, den gewählten Deckungen und dem Versicherer abhängig ist.

**Die Sozialversicherungen\*** – Unfallversicherung, AHV/IV und Militärversicherung – haben sich zwischen 1996 und 1999 mit einem Anteil von fast 8% an der Finanzierung des Gesundheitswesens beteiligt. Mit einer durchschnittlichen jährlichen Zunahme von 4,8% erhöhte sich das Total von 2,9 Milliarden Fr. 1996 auf 3,3 Milliarden Fr. 1999 (Grafik G5).

**Entwicklung der Sozialversicherungen in der Finanzierung des Gesundheitswesens in Milliarden Fr.**

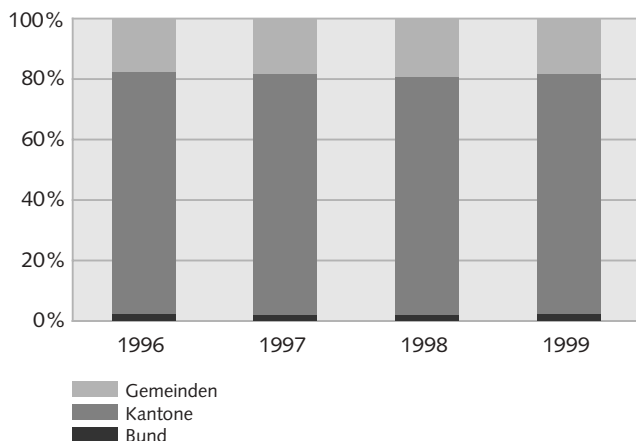
G5



Die von den Organisationen ohne Erwerbscharakter wie Pflegeheimen, Institutionen für Behinderte und Spitexorganisationen erhaltenen Spenden und Legate figurieren in der Kategorie «**übrige private Finanzierung**»\*. Sie haben nur in der Höhe von 1% (unverändert seit 1996) zur Finanzierung des Gesundheitssystems beigetragen.

**Staatsbeiträge**

G6



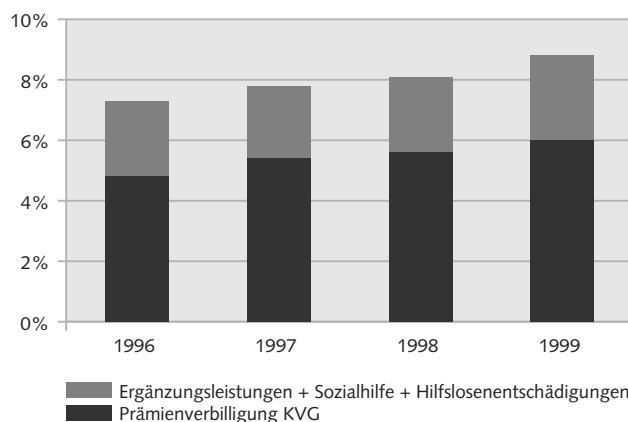
Die Beträge lagen 1999 bei 408 Millionen Fr., mit einer durchschnittlichen jährlichen Zunahme von 2,6% seit 1996.

**Die Staatsbeiträge\*\*** haben ungefähr 16% der Kosten des Gesundheitswesens zwischen 1996 und 1999 gedeckt und in diesem letzten Jahr einen Betrag von 6,4 Milliarden Fr. erreicht. Ungefähr vier Fünftel der gewährten Beiträge dieser Periode entfielen auf die stationäre Behandlung. Sie kamen vor allem von den Kantonen (ungefähr 80%), während die Gemeinden für ungefähr 18% der Subventionen und der Bund für ungefähr 2% aufkamen (Grafik G6).

**Die übrigen Regimes der sozialen Sicherheit\*** tragen mit einem Anteil von ungefähr 8% zur Finanzierung des Gesundheitswesens bei (Grafik G7). Zwei Drittel ergeben sich aus der Prämienverbilligung KVG, deren Betrag seit 1996 um jährlich ungefähr 11% zunimmt. Die Ergänzungsleistungen haben 1999 im Vergleich zu 1996 um 5% abgenommen, während die Sozialhilfe in dieser Zeit um 80% gewachsen ist. Die Hilflosenentschädigungen sind im Durchschnitt jährlich um 3,1% gestiegen.

**Anteil in % der anderen Systeme der sozialen Sicherheit an den «Kosten des Gesundheitswesens»**

G7



Die Differenz zwischen den Leistungen der Versicherer und den von den Haushalten den Versicherern einbezahlten Prämien bildet den **Finanzierungssaldo\*\*\***. Er betrug 1996 0,6 Milliarden Fr., was 1,6% der «Kosten des Gesundheitswesens» entspricht. Seit 1997 hat er einen Negativwert von -0,2 Milliarden Fr. erreicht.

\* Detaillierte Zahlen in den Tabellen T 1 a b c sind von unserer Internetseite herunterladbar. Adresse siehe Bemerkungen S. 16.

\*\* Detaillierte Zahlen in den Tabellen T 3 a und b sind von unserer Internetseite herunterladbar. Adresse siehe Bemerkungen S. 16.

\*\*\* S. Schemas S1 und S2 und detaillierte Zahlen in den Tabellen T 1 a und T 2 a, b und c sind von unserer Internetseite herunterladbar. Adresse siehe Bemerkungen S. 16.

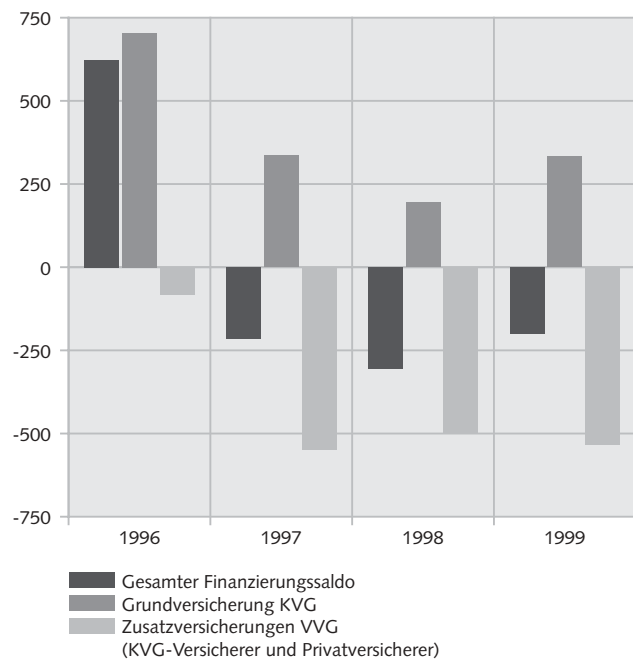
Wie die Grafik **G8** zeigt, resultiert der gesamte Finanzierungssaldo aus der Summe der Finanzierungssaldi für die Grundversicherung KVG und für die Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer sowie der Privatversicherer.

Für die Grundversicherung ist der Finanzierungssaldo positiv: Von 0,7 Milliarden Fr. 1996 ist er regelmässig gesunken, bis auf 0,3 Milliarden Fr. 1999. Diese positiven Beträge entsprechen einem Abbau der Reserven\*, um eine zu starke Prämienhöhung zu vermeiden. Es ist eine Abnahme des positiven Saldos feststellbar, was vermutlich darauf hinweist, dass die Reserven verschiedener KVG-Versicherer nahe ans gesetzliche Minimum gesunken sind.

Bei den Zusatzversicherungen VVG der Versicherer nach KVG und der Privatversicherer ist der Finanzierungssaldo negativ: ungefähr -0,5 Milliarden Fr. 1997, 1998 und 1999. Diese negativen Beträge entsprechen einer Erhöhung der Reserven\*, die eng mit dem Kapitaldeckungsverfahren\*\* zusammenhängt, das im Allgemeinen für die Deckungen der Krankenversicherungen nach VVG Anwendung findet, im Gegensatz zum Umlagerungsverfahren\*\* bei der Grundversicherung KVG. Die Bildung von Reserven erklärt sich – als Folge der Einführung des KVG – durch den Transfer von Deckungen von Zusatzversicherungen der Krankenkassen in Produkte, die dem VVG unterstellt sind.

**Entwicklung des Finanzierungssaldos in Millionen Fr.**

**G8**



Eine Reihe von Tabellen (Adresse siehe Bemerkungen S. 16) zeigt den interessierten Leserinnen und Lesern die Zahlen der Finanzströme im Gesundheitswesen und des Finanzierungssaldos für den Zeitraum 1996–99.

Die Tabellen T 1 a, b, c und d bieten eine Übersicht über die Finanzströme im schweizerischen Gesundheitswesen in Millionen Fr. und in % des Totals der Kosten des Gesundheitswesens, sowie die durchschnittlichen jährlichen Veränderungen und die damit verbundenen Indizes.

Die Tabellen T 2 a, b und c zeigen die Entwicklung der einzelnen Faktoren des Finanzierungssaldos in Millionen Fr. und in % der Leistungen, des Beitrags der Haushalte oder des Totals der Kosten des Gesundheitswesens.

Die Tabellen T 3 a, b und c schlüsseln die Staatsbeiträge und die Ausgaben des Gesundheitswesens nach Leistungen, Leistungserbringern und Finanzierungsträgern in Millionen Fr. und in % sowie die jährlichen Veränderungen detailliert auf.

\* Da die Veränderung der Reserven – neben den Kapitaleinkommen, den ausserordentlichen Einkommen und den Gewinnen – normalerweise das wichtigste Element im Finanzierungssaldo darstellt, ist sie grundsätzlich ein Hinweis auf das – positive oder negative – Ergebnis des Saldos.

\*\* Im System der Finanzierung durch Kapitaldeckung für die Krankenversicherung nach VVG ist die von einem jungen Versicherten einbezahlte Prämie höher als die tatsächliche Risikoprämie für sein Alter. Das

ermöglicht diesem Versicherer im Alter eine attraktive Prämie, die tiefer liegt als die Risikoprämie dieses Alters, und die umso attraktiver ist, je mehr Jahre der Versicherte bei der Versicherung war. Dies im Gegensatz der Finanzierung durch Umlagerung für die Krankenversicherung nach KVG, die nach einem Gleichgewicht der Prämien und Leistungen für jede Rechnungsperiode für alle Versicherten funktioniert, mit einer vom Eintrittsalter in die Versicherung unabhängigen Prämie.

# 5 Beziehung zwischen Krankenversicherungsprämien und «Kosten des Gesundheitswesens»

In den Informationen der Medien gibt es oft Verwirrung zwischen den Krankenversicherungsprämien einerseits und den Ausgaben des Gesundheitswesens bzw. «Kosten des Gesundheitswesens» andererseits. Die Grafik **G1**, welche die Finanzströme im Gesundheitswesen

*Von den Privathaushalten bezahlte Krankenversicherungsprämien: 40% der Kosten des Gesundheitswesens*

aufzeigt, hat zum Ziel, die Unterschiede zwischen diesen Konzepten deutlich zu machen. Die Krankenversicherungsprämien fliessen von den Haushalten zu

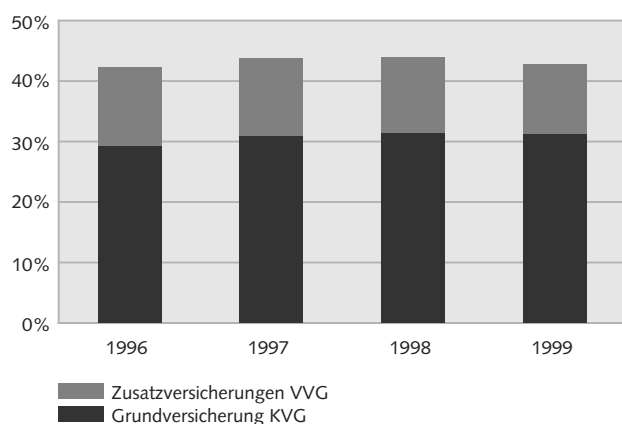
den Krankenversicherern: Versicherer nach KVG für die Grundversicherung, Versicherer nach KVG und Privatversicherer für die Zusatzversicherungen nach VVG. Die Prämien haben im Zeitraum 1996–99 ungefähr 40% der «Kosten des Gesundheitswesens» – die auch die Ausgaben des Gesundheitswesens bilden – ausgemacht. Diese Ausgaben können nach den Leistungserbringern oder nach den Leistungen (Konsum von Gütern und Produkten) aufgeschlüsselt werden.

Die Prämien der Grundversicherung KVG bilden ungefähr drei Viertel aller den Krankenversicherern einbezahlten Prämien (Grafik **G9**)\*. Diese Prämien für die Grundversicherung KVG haben also im Zeitraum 1996–99 nur ungefähr 30% der «Kosten des Gesundheitswesens» ausgemacht, das heisst weniger als einen Drittel der Ausgaben des Gesundheitswesens.

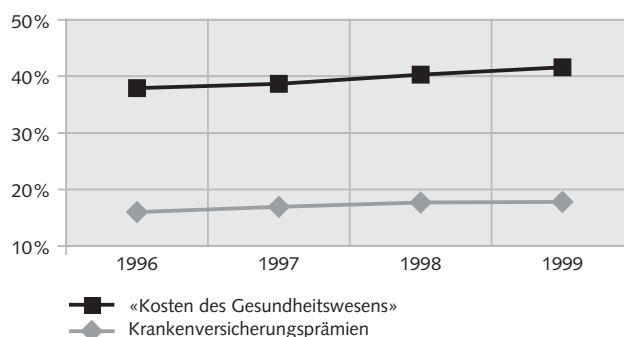
Die Grafik **G10**\* zeigt die Entwicklung der Krankenversicherungsprämien und jene des Totals der «Kosten des Gesundheitswesens» in Milliarden Fr. Das Volumen der Krankenversicherungsprämien (Deckungen nach KVG und VVG) hat im Jahresdurchschnitt um 3,6% zugenommen, was wenig mehr ist als das durchschnittliche Wachstum der «Kosten des Gesundheitswesens» (3,1%) im Zeitraum 1996–99\*. Die Zunahme des Volumens der Krankenversicherungsprämien war in dieser Periode starken Schwankungen ausgesetzt: Zwischen 1996 und 1997 gab es eine Veränderung von 5,8%, zwischen 1998 und 1999 eine solche von 0,7%. Die jährlichen Schwankungen der «Kosten des Gesundheitswesens» sind weniger stark: Sie liegen zwischen 2 und 4,2%.

Die Zunahme um 1,3 Milliarden Fr. der «Kosten des Gesundheitswesens» 1999 wurde durch mehrere

**Anteil in % der Krankenversicherungsprämien an den «Kosten des Gesundheitswesens»** **G9**

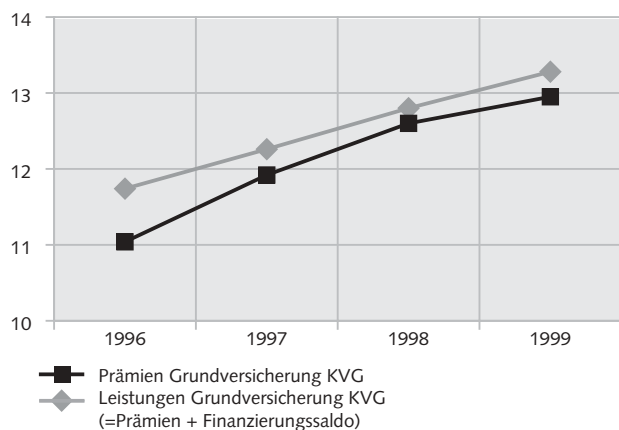


**Entwicklung der Kosten und der Prämien in Milliarden Fr.** **G10**



\* Detaillierte Zahlen in den Tabellen T 1 a, b und c sind von unserer Internetseite herunterladbar. Adresse siehe Bemerkungen S. 16.

**Entwicklung der Prämien und der Leistungen in der Grundversicherung in Milliarden Fr. G11**



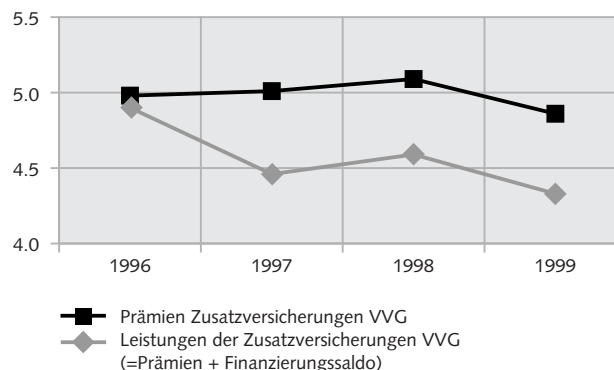
Elemente finanziert: Die Erhöhungen der Staatssubventionen (+0,3 Milliarden Fr.), der individuellen Beiträge für die Versicherten (Prämienverbilligung +0,2 Milliarden Fr.), der Sozialhilfe (+0,1 Milliarden Fr.), der Sozialversicherungen (+0,1 Milliarden Fr.), der Kostenbeteiligung der Versicherten (+0,1 Milliarden Fr.), der direkten «Out of pocket»-Zahlungen (+0,2 Milliarden Fr.) und der Prämien selbst (+0,1 Milliarden Fr.), sowie durch einen Abbau der Reserven (+0,1 Milliarden Fr.). Die erhöhten Ausgaben des Gesundheitswesens werden also auf verschiedene Weise finanziert; dabei stellen die Prämien nur ein Element von vielen dar. Angesichts dieser Zahlen ist die Prämienhöhung in keinem Fall ausschlaggebend.

Die Grafiken **G11** für die Grundversicherung KVG und **G12** für die Zusatzversicherungen VVG zeigen einen wesentlichen Punkt: die Differenz zwischen den Leistungen\* der Versicherer und den von den Haushalten an die Versicherer einbezahlten Prämien, das heisst den Finanzierungssaldo\*\*. Wie schon im vorderen Kapitel erwähnt, ist ein positiver Finanzierungssaldo mit einem Abbau der Reserven verbunden (Fall der Grundversicherung KVG) und ein negativer Finanzierungssaldo mit einer Erhöhung der Reserven (Fall der Zusatzversicherungen VVG der Versicherer nach KVG und der Privatversicherer).

Die Bezahlungen der KVG-Versicherer (Leistungen der Grundversicherung) sind im Zeitraum 1996–99 über den Prämien geblieben: Es gab einen Abbau der Reserven. Dies erklärt sich dadurch, dass diese Versicherer in der Grundversicherung attraktive Prämien anbieten müssen.

\* Leistungen III gemäss Definition in den Schemata S1 und S2 und detaillierte Zahlen in den Tabellen T 2 a, b und c sind von unserer Internetseite herunterladbar. Adresse siehe Bemerkungen S. 16.

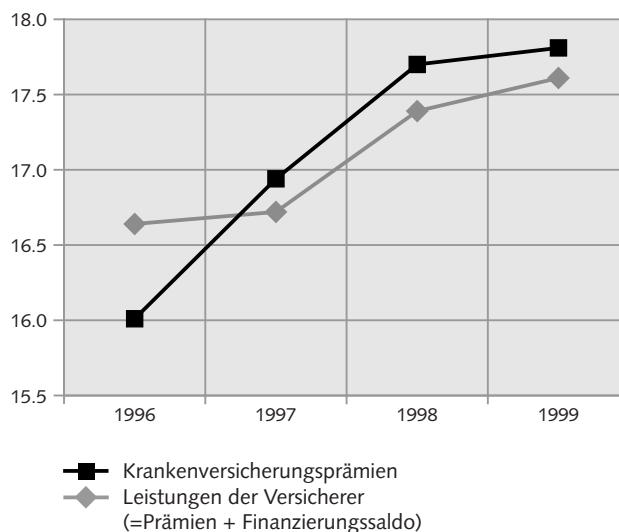
**Entwicklung der Prämien und der Leistungen in den Zusatzversicherungen VVG in Milliarden Fr. G12**



Der im Gesetz vorgeschriebene freie Wechsel ermöglicht den Versicherten, jedes Jahr für die Deckung der Grundversicherung den billigsten Versicherer auszuwählen. So besteht eine ernsthafte Konkurrenz; die Vergleiche der Versicherten konzentrieren sich auf die Prämien, da die gesetzlich bestimmten Leistungen identisch sind.

Demgegenüber gab es bei den Zusatzversicherungen VVG eine Zunahme der Reserven; die Prämien blieben in diesem Zeitraum höher als die Leistungen. Für diese Art von Versicherungen gilt es – abgesehen vom oben

**Entwicklung der Prämien und der Leistungen in den Krankenversicherung (KVG + VVG) in Milliarden Fr. G13**



\*\* Vgl. Schemas S1 und S2 und detaillierte Zahlen in den Tabellen T 1 a und T 2 a, b und c sind von unserer Internetseite herunterladbar. Adresse siehe Bemerkungen S. 16.

beschriebenen Prinzip der Finanzierung durch Kapitaldeckung, das die Bildung von Reserven mit sich bringt – festzustellen, dass die Versicherer nicht den gleichen Druck haben wie in der Grundversicherung. Einerseits gibt es keinen freien Wechsel, und der Wechsel zu einem neuen Versicherer bedingt eine Gesundheitsprüfung, die zu einer Ablehnung durch die Versicherung führen kann. Andererseits sind die Leistungen nicht bei jedem Versicherer genau die gleichen, was den Vergleich der Prämien schwieriger macht.

Die Grafik **G13** bezieht sich auf den gesamten Finanzierungssaldo, der sich aus der Addition der Finanzierungssaldi für die Grundversicherung KVG und die Zusatzversicherungen VVG ergibt. Er entspricht der Differenz zwischen den Leistungen\* der Versicherer und den von den Haushalten an die Versicherer einbezahlten Prämien.

Nach einer Abnahme der Gesamtreserven\*\* um 0,5 Milliarden Fr. 1996 zeigt die Grafik für die folgenden 3 Jahre eine Zunahme um 0,2 bis 0,3 Milliarden Fr. der Gesamtreserven. Die Erhöhung der Reserven für die Zusatzversicherungen VVG kompensiert also weitaus den Abbau der Reserven in der Grundversicherung KVG.

Die 3 Grafiken **G11**, **G12** und **G13** sind zur Grafik **G8** über die Entwicklung des Finanzierungssaldos in Beziehung zu setzen.

---

\* Leistungen III gemäss Definition in den Schemata S1 und S2 und detaillierte Zahlen in den Tabellen T 2 a, b und c sind von unserer Internetseite herunterladbar. Adresse siehe Bemerkungen S. 16.

---

\*\* Für die Grundversicherung KVG und die Zusatzversicherungen VVG.

## 6 Schlussfolgerung

Eine Grafik (**G1**) hat die verschiedenen Beteiligten im Gesundheitswesen und die Grösse der Finanzströme zwischen diesen in % des Totals der «Kosten des Gesundheitswesens» für das Jahr 1999 dargestellt. Sie hat gezeigt, dass die Haushalte ungefähr zwei Drittel des Totals der «Kosten des Gesundheitswesens» im Zeitraum 1996-1999 finanzieren, und zwar durch Krankenversicherungsprämien, Kostenbeteiligung und direkte «Out of pocket»-Zahlungen. Das entspricht einem Betrag von 28 Milliarden Fr. auf ein Total von 41,5 Milliarden Fr. 1999. Der Rest teilt sich namentlich zwischen den Staatsbeiträgen (15%), den Sozialversicherungen (8%) und der Prämienverbilligung (6%) auf.

Die von den Haushalten bezahlten Krankenversicherungsprämien haben im gleichen Zeitraum ungefähr 40% der «Kosten des Gesundheitswesens» ausgemacht. 1999 entsprach dies einem Betrag von fast 18 Milliarden Fr. Selbst wenn ein starker Zusammenhang zwischen der Erhöhung der «Kosten des Gesundheitswesens» und derjenigen der Krankenversicherungsprämien zu beobachten ist, spielen doch die Zunahmen der Staatsbeiträge, der Prämienreduktionen, der Sozialhilfe, der Kostenbeteiligung der Versicherten und der direkten «Out of pocket»-Zahlungen eine nicht unwesentliche Rolle in der Entwicklung der «Kosten des Gesundheitswesens».

Die Differenz zwischen den Leistungen der Versicherer und den von den Haushalten einbezahlten Prämien bildet den Finanzierungssaldo, der wesentlich durch die Fluktuation der Reserven bestimmt wird. Die Abnahme der Reserven in der Grundversicherung KVG zur Dämpfung der Prämienerrhöhung ist eine Strategie der Versicherer, um eine Erhöhung hinauszuzögern, die nötig sein wird, wenn die Minimalgrenze der Reserven erreicht wird. Die Zunahme der Reserven bei den Zusatzversicherungen VVG ist mehr an das Kapitaldeckungsverfahren gebunden, das sich bei den Versicherern für diese – mit der Einführung des KVG 1996 entstandenen – Art von Deckungen weitgehend durchgesetzt hat.

Die neue Modellberechnung der Finanzströme zwischen den verschiedenen Beteiligten des Gesundheitswesens in der Schweiz, wie sie in diesem Dokument in der Grafik **G1** dargestellt wird, ist auf die Ausgaben der Haushalte ausgerichtet. Sie bietet eine Verbindung zum Modell «Kosten des Gesundheitswesens» des BFS mit

seiner Aufschlüsselung nach Direktzahlern, Leistungserbringern und Leistungen, integriert aber Elemente, die in jenem Modell nicht vorhanden sind, wie die von den Haushalten bezahlten Krankenversicherungsprämien und die Systeme der sozialen Sicherheit. Die wichtigste dieser Massnahmen – die Prämienverbilligung KVG – machte im Zeitraum 1996-1999 ungefähr 6% der «Kosten des Gesundheitswesens» aus und erreichte 1999 fast 2,5 Milliarden Franken.



## 7 Datenquellen

Eidgenössische Finanzverwaltung, 1999, Bern. *Öffentliche Finanzen der Schweiz*.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1997-2000, Bern. *Statistik über die Krankenversicherung 1996, 1997, 1998, 1999*.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1998, Bern. *Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens, Forschungsbericht Nr. 15/98 im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG*.

Bundesamt für Sozialversicherung, 2000, Bern. *Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und andere Systeme der sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 5/00 im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG*.

Bundesamt für Statistik, 1999, Neuchâtel. *Statistique des coûts du système de santé, conception générale révisée, document non publié*.

Bundesamt für Statistik, 2000, Neuchâtel. *Statistique des coûts du système de santé, conception détaillée, document non publié*.

Bundesamt für Statistik, 2002, Neuchâtel. *Kosten des Gesundheitswesens, Methoden, detaillierte Ergebnisse und Entwicklung 1995-1999*.

# Tabellen T und Schemata S

1	T 1a	Überblick über die Finanzströme im schweizerischen Gesundheitswesen in Millionen Fr.
	T 1b	Überblick über die Finanzströme im schweizerischen Gesundheitswesen in % des Totals der «Kosten des Gesundheitswesens»
	T 1c	Überblick über die Finanzströme im schweizerischen Gesundheitswesen: Jährliche Veränderung in %
	T 1d	Überblick über die Finanzströme im schweizerischen Gesundheitswesen: Indices (Basis 1996=100)
2	T 2a	Details des Finanzierungssaldos in Millionen Fr.
	T 2b	Details des Finanzierungssaldos in %
	T 2c	Details des Finanzierungssaldos in % des Totals der «Kosten des Gesundheitswesens»
3	T 3a	Detailaufschlüsselung der Staatsbeiträge und der «Kosten des Gesundheitswesens» in Millionen Fr.
	T 3b	Detailaufschlüsselung der Staatsbeiträge und der «Kosten des Gesundheitswesens» in %
	T 3c	Detailaufschlüsselung der Staatsbeiträge und der «Kosten des Gesundheitswesens»: Jährliche Veränderungen in %
4	S 1	Erklärungsschema des Finanzierungssaldos
	S 2	Erklärungsschema des Finanzierungssaldos – Zahlenbeispiel – 1999 – in Millionen Fr.
	S 3	Aufschlüsselungsschema für die Ausgaben des Gesundheitswesens nach Leistungen, Leistungserbringern und Direktzahlern

## Bemerkungen zu den Tabellen und Schemata:

Im Text wird auf Tabellen und Schemata verwiesen. Aus Gründen der Lesbarkeit sind sie dieser Ausgabe nicht direkt beigelegt. Sie können aber beim BFS, Sektion Gesundheit, «StatSanté», Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel bestellt oder von der Internetseite [www.health-stat.admin.ch](http://www.health-stat.admin.ch) heruntergeladen werden.

## Publikationsprogramm BFS

Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat – als zentrale Statistikstelle des Bundes – die Aufgabe, statistische Informationen breiten Benutzerkreisen zur Verfügung zu stellen.

Die Verbreitung der statistischen Information geschieht gegliedert nach Fachbereichen (vgl. Umschlagseite 2) und mit verschiedenen Mitteln:

<i>Kontakt</i>	<i>Diffusionsmittel</i>
032 713 60 11	<i>Individuelle Auskünfte</i>
<i>www.statistik.admin.ch</i>	<i>Das BFS im Internet</i>
032 713 60 11	<i>Medienmitteilungen zur raschen Information der Öffentlichkeit über die neusten Ergebnisse</i>
032 713 60 60	<i>Publikationen zur vertieften Information (zum Teil auch als Diskette)</i>
032 713 60 86	<i>Online-Datenbank</i>

Nähere Angaben zu den verschiedenen Diffusionsmitteln liefert das alle 2 Jahre nachgeführte **Publikationsverzeichnis**. Es ist auf dem Internet abzurufen oder kann gratis über Tel. 032 713 60 60 bezogen werden.

## Gesundheit

Im Fachbereich 14 Gesundheit erscheinen folgende Publikationen:

- Gesundheitsberufe in der Schweiz  
– Kantonsprofile 1992/93 (Bestell-Nr. 123-9300)
- Gesundheitsstatistische Konzepte und Organisationsmodelle – Eine Studie über die Situation in der Schweiz und im Ausland (Bestell-Nr. 053-0)
- Todesursachenstatistik – Tabellen 1995 und 1996 (Bestell-Nr. 069-9600)
- Ein gesundheitsstatistisches Informationssystem für die Schweiz  
– Organisatorische Leitgedanken und Empfehlungen (Bestell-Nr. 117-0)
- Ambulante Suchtberatung 1999  
– Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich (Bestell-Nr. 229-9900)
- Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz (Bestell-Nr. 213-9701)
- Erhebung über die universitären Lehr- und Forschungsaufwendungen in den Spitälern (Bestell-Nr. 443-0100)

STATINF, die Online-Datenbank des BFS, vermittelt Angaben aus dem Gesundheitsindikatorenprogramm der WHO bezogen auf die Kantone.

**D**ieses Dokument stellt eine neue Modellberechnung der Finanzströme zwischen den verschiedenen Beteiligten des Gesundheitswesens in der Schweiz vor. Da die öffentliche Debatte zu den Kosten im Gesundheitswesen sich oft auf die Krankenversicherungsprämien der Haushalte konzentriert, sollen neue Elemente der Analyse dazu Klärungen bringen.

Diese auf die Ausgaben der Haushalte ausgerichtete Modellberechnung lässt sich mit dem Modell «Kosten des Gesundheitswesens» des Bundesamtes für Statistik (BFS) verbinden – das nach Direktzahler, Leistungserbringer und Leistungen aufschlüsselt –, integriert aber neue Elemente wie die Krankenversicherungsprämien der Haushalte und die Systeme der sozialen Sicherheit.

Die Haushalte haben im Zeitraum 1996–1999 ungefähr zwei Drittel der gesamten «Kosten des Gesundheitswesens» bezahlt, und zwar mittels Prämien, Kostenbeteiligungen und direkten «Out of pocket»-Zahlungen. 1999 belief sich der Betrag auf 28 Milliarden Franken.

Die Entwicklung der Finanzströme im Gesundheitswesen im Zeitraum 1996–1999 zeigt im Jahresdurchschnitt eine Erhöhung des Volumens der Krankenversicherungsprämien um 3,6%, während die Staatsbeiträge im gleichen Zeitraum im jährlich nur um 1,7% gewachsen sind. Die «Kosten des Gesundheitswesens» haben im Durchschnitt jedes Jahr um 3,1% zugenommen und 1999 41,5 Milliarden Franken erreicht.

Bestellnummer:  
516-0202

Bestellungen:  
Tel 032 713 60 60  
Fax. 032 713 60 61

Preis: gratis

ISBN 3-303-14064-2

